

El sector salud argentino

en los dos modelos de crecimiento en las etapas de la convertibilidad y la posconvertibilidad: factores económicos y políticos que explican su evolución¹.

The Argentine health sector in the two models of growth during the 'convertibilidad' and 'posconvertibilidad' periods: Economic and political factors explaining its evolution.

Giuseppe Manuel Messina

gm.messina@gmail.com

Doctorando en Estudios sobre América Latina y afiliado del departamento de Ciencias políticas y de la administración II de la Universidad Complutense de Madrid.

En la actualidad es becario de la Agencia Española de Cooperación y Desarrollo e investigador visitante en la Universidad de Buenos Aires – Instituto de Investigaciones Económicas – Centro de Estudios sobre Población, Empleo y Desarrollo.

Resumen

El objeto de este trabajo es la evaluación de las transformaciones que tuvieron lugar en la sociedad argentina entre 1991 y 2011 en el cambio entre el modelo de crecimiento económico y el proyecto político basado en la Convertibilidad, su crisis, y la posterior consolidación del proyecto kirchnerista. El análisis enfoca el sector salud, cuya estructuración en tres subsectores (Estado, seguridad social, privado) refleja la histórica conformación híbrida del régimen de bienestar argentino. El papel del Estado en la erogación de servicios sanitarios para los individuos y familias de menores recursos sigue siendo fundamental, pese a que la gestión y financiación del sector público está fuertemente descentralizada. Al otro extremo de la distribución, las clases altas recurren a los servicios de pago más individualizados del sector privado. Por otra parte, la afiliación de las clases medias trabajadoras al sistema contributivo de obras sociales depende directamente de su posición en el mercado laboral registrado. A partir de estos elementos, se analiza en qué medida las reformas de inspiración neoliberal modificaron la estructura del Estado de bienestar argentino, cómo estos cambios se originaron en el mercado laboral, y cómo de allí

Fecha de recepción:

18.4.12

Fecha de aceptación:

5.7.12

derivaron efectos sobre el sector salud. Por comparación, se evalúa en qué medida la mejora en la cobertura sanitaria de la población en la última década deriva de la evolución positiva coyuntural del mercado laboral, o bien del impacto de cambios en las políticas públicas implementadas por las administraciones de Néstor Kirchner y Cristina Fernández de Kirchner.

Palabras clave: Argentina, salud, régimen de bienestar, exclusión social.

Abstract

This paper deals with the changes that took place in the Argentine society between 1991 and 2011, beginning with the enactment of the economic growth model and political project founded on the Convertibility scheme, its crisis, and the subsequent consolidation of President Kirchner's project. The analysis focuses on the health sector, whose structure in three sectors (state-based, social security, private sector) reflects the historical hybrid formation of the welfare regime in Argentina. The state's role in the delivery of health services for disadvantaged families and individuals remains essential, even though the governance and financing of the public sector is highly decentralized. At the other end of the distribution, the upper classes resort to paid highly individualized services in the private sector, whilst the affiliation of the working middle class to the contributory system of 'obras sociales' depends directly on their position in the formal labor market. Based on this, the analysis centers on how neoliberal-inspired reforms changed the structure of the Argentine welfare state, how these changes originated in the labor market, and what effects resulted on the health sector. By comparison, I will assess to what extent the improvement in health coverage for the population over the last decade stems from the positive cycle in the labor market, or conversely, from the consequences of changes in public policies implemented by the governments of Nestor Kirchner and Cristina Fernandez de Kirchner.

Keywords: Argentina, health care, welfare regime, social exclusion.

1. Introducción

El objeto de este trabajo es una evaluación de las transformaciones que tuvieron lugar en el sector salud argentino en el periodo posterior a la crisis de 2001-2002 en relación con el periodo de reformas estructurales de los años 90. En particular se tendrán en cuenta los cambios habidos en la configuración del régimen de bienestar argentino, entre los dos periodos que, por razones de brevedad, es posible etiquetar como ‘neoliberal’ y ‘neodesarrollista’, en referencia a los proyectos políticos que marcaron la dirección estratégica del país en las dos décadas². Por definición, un régimen de bienestar (*welfare regime*) es la “matriz institucional – es decir el conjunto de arreglos institucionales, políticas y prácticas – que afectan la generación de bienestar y los efectos de estratificación en distintos contextos sociales y culturales” (Gough y Wood 2004: 23, trad. propia). En otras palabras, esta expresión se refiere a la constelación de instituciones socio-económicas, de programas y de políticas orientadas a la promoción del bienestar general de las personas. Más sintéticamente, se refiere a “los modos en que se reparte la producción de bienestar entre el Estado, el mercado, y las familias” (Esping-Andersen 2000: 102). Respecto a las instituciones estatales, ciertamente el análisis del Estado de bienestar incluye la ejecución de las políticas sociales, pero se deben tener en cuenta a la par las políticas fiscales y, en general, toda política económica y regulatoria que tenga un efecto sobre la distribución de los recursos disponibles (en sentido amplio, ingresos, patrimonio, bienes y servicios públicos, etc.) (Goodin *et al.* 1999). Las instituciones estatales que intervienen en la producción del bienestar componen la categoría conceptual e histórica de ‘Estado de bienestar’, un estado en el que “el poder organizado es usado deliberadamente (a través de la política y la administración) en un esfuerzo para modificar el juego de las fuerzas de mercado” en vistas a garantizar un nivel mínimo de bienestar a todos los ciudadanos, protegerlos de determinadas contingencias sociales (enfermedades, vejez, desempleo, etc.) y proveerlos de servicios públicos básicos (Briggs 2006: 18, trad. propia).

En una economía capitalista, el espacio donde se desarrolla la gran mayoría de los intercambios que determinan la distribución de los recursos es el mercado³. En ese contexto, los individuos deben emprender una pluralidad de estrategias de supervivencia para obtener el acceso a una serie de bienes y servicios básicos y no básicos. La gran mayoría de los recursos monetarios de los que disponen derivan del acceso al mercado laboral, donde intercambian su trabajo por salario. Los ingresos monetarios les permiten adquirir una gran variedad de bienes y servicios en el mercado (incluidos seguros y servicios previsionales).

Dentro del núcleo familiar se da una ulterior redistribución de los ingresos monetarios y una transformación de los recursos materiales, obtenidos del exterior, a través del trabajo de cuidados (manutención y sustentamiento del hogar, reproducción social). Es

en las interacciones personales, en el hogar y en las redes de conocidos, que se generan además la mayoría de los bienes relacionales (afectos, amistades) no intercambiados en el mercado, no instrumentales, gratuitos y recíprocos, que tan importancia ocupan en el bienestar de las personas (cfr. Bartolini 2010). Estas redes informales son también la fuente de bienes materiales (asistencia y mutualidad) distribuidos sobre la base de la reciprocidad, y que constituyen los fundamentos del capital social, una propiedad de las redes sociales que aporta beneficios para todos sus integrantes. Recursos de tipo no monetario derivan de la propia actividad laboral (beneficios no salariales), de la provisión por parte de entidades sin finalidades de lucro (tanto corporativas y de seguro social, como del tercer sector, de beneficencia y caritativas), y de la erogación por parte de instituciones públicas. Es precisamente el sector público el que genera una parte importante de los bienes y servicios sociales, pero sobre todo tiene la responsabilidad última de regular y asegurar la distribución de bienes y servicios básicos en su territorio.

El papel del Estado es, por lo tanto, fundamental ya que se trata de la única instancia que puede proveer de servicios de forma estable a los sectores menos rentables de la población, situados al margen del mercado. En el Estado reside la responsabilidad última de garantizar sobre la base de derechos fundamentales la reproducción de la vida de las personas que residen en el territorio nacional. En una economía capitalista desarrollada, donde los vínculos sociales tradicionales se han diluido, es la acción del Estado que determina en qué medida el bienestar individual está desvinculado del acceso al mercado laboral, donde su fuerza trabajo es vendida como una mercancía. El grado de desmercantilización provista por las políticas públicas es una dimensión de análisis fundamental para entender la naturaleza de un Estado de bienestar, como alega el clásico trabajo de Esping-Andersen (1993). En este trabajo el sociólogo distingue, entre los Estados de bienestar de los países desarrollados, un modelo ideal social-demócrata, caracterizado por un elevado nivel de desmercantilización y políticas sociales universalistas. El modelo liberal se diferencia por el bajo nivel de desmercantilización de las políticas públicas de tipo residual, caracterizadas por beneficios cuya valía está fijada a un nivel suficientemente bajo para no interferir con los incentivos de mercado. Por último, el modelo conservador es financiado por las contribuciones sociales y está caracterizado por la elevada estratificación de las políticas sociales, y un nivel intermedio de desmercantilización, ya que el grado de beneficios que provee está ligado al estatus laboral de los individuos.

El primer modelo está caracterizado por la solidaridad vertical entre los estratos más ricos y más pobres de la población, mientras el modelo conservador privilegia la solidaridad horizontal entre individuos (y generaciones) en el ámbito de la misma categoría profesional, en la modalidad del aseguramiento colectivo (cuya obligatoriedad está generalmente garantizada por el Estado). El modelo liberal enfatiza la responsabilidad individual y favorece la caridad de los más pudientes (a través de desagravios fiscales), mientras la asistencia pública está dirigida a los más pobres⁴. Naturalmente las tipologías

son instrumentos heurísticos, en la realidad se dan configuraciones complejas de estas formas básicas, según el país y el programa de políticas públicas que se analice.

Aproximándonos al caso que concierne a este trabajo, la génesis del Estado de bienestar argentino ha sido caracterizada por instituciones de la seguridad social homólogas de los modelos europeos de tipo conservador-corporativo, aun con la presencia de importantes servicios universales en educación y sanidad (Hintze 2007). Esta estructura dejaba al descubierto a los estratos de la población que no estaban ocupados en el sector formalizado o no estaban ligados con vínculos de dependencia a los beneficiarios del sistema. Pese a esto, a finales de los 70, mientras perduraba un régimen *de facto* de pleno empleo y prevalecía la figura del trabajador asalariado formal, el sistema llegó a cubrir a la mayoría de la población (Filgueira 1998). La debilidad del modelo conservador reside precisamente en estar asentado en unos supuestos (el pleno empleo de los jefes de familia) que las circunstancias económicas y políticas a partir de 1976 (en el caso de Argentina) han convertido en obsoleto.

A partir de los numerosos cambios socio-económicos acontecidos desde entonces – entre ellos, la caída de los salarios reales, el incremento de la desigualdad y la pobreza, la instalación de la precariedad laboral y el desempleo, la expansión del sector informal – se ha modificado el funcionamiento íntimo del Estado de bienestar argentino, al provocar un desequilibrio entre sus distintas componentes ya que en la seguridad social de tipo contributivo, los cambios en el mercado laboral se transmiten directamente a la cobertura de los beneficios sociales. Se trata de un fenómeno que se ha dado en muchos países del continente europeo (Clayton y Pontusson 1998). De esta forma el peso del componente asistencial-residual del sistema aumenta automáticamente a causa de las reglas de acceso de la seguridad social, más allá de que precisamente las reformas implementadas en los años 90 hayan apuntado en la dirección de una privatización e individualización de la protección social (Danani 2005).

Los recortes graduales en la financiación de los servicios públicos, por razones de presupuesto, producen un efecto regresivo ulterior. La reducción de la calidad de los mismos generan un efecto de retroalimentación negativo al promover la fuga de la clase media hacia los servicios privados, hecho que resta consenso y apoyo para el sistema público, debilitando sus bases de financiación (tributarias), lo que puede desencadenar un nuevo ciclo de recortes (Korpi 2003). Este fenómeno se ve exacerbado durante las crisis económicas cuando los recortes son justificados tanto por los apremios presupuestarios, exacerbados por las necesidades de financiación en los mercados de capitales, como por la tutoría de parte de las instituciones financieras internacionales⁵. La historia de Argentina entre 1976 y 2002 vio frecuentes crisis económicas y fiscales del Estado que llevaron precisamente a una ola de reformas de desregulación de los mercados, privatizaciones y recortes del gasto público.

Estos procesos combinados pueden llevar a un vaciamiento del Estado de bienestar, a una segmentación de los servicios públicos y a un cambio en la naturaleza de las políticas sociales, con una reducción de su universalidad (cfr, Barrientos 2009). Contextualmente es previsible un incremento del área de la exclusión social, al debilitarse la capacidad del Estado de garantizar el acceso para todos los ciudadanos a un nivel mínimo de derechos sociales, dependiendo este último cada vez más de la capacidad de compra individual. Esta evolución, cada vez más visible, por ejemplo, en los países de la periferia europea en estos años de crisis financiera, tuvo un caso ejemplar en la Argentina de los años 90. El periodo posterior a 2003 ve una reversión tanto desde el punto de vista de las variables macroeconómicas como de las directrices que rigen a las políticas sociales, al punto que algunos autores llegan a hablar de “contra reforma” (Danani y Hintze 2012).

2. Un acercamiento teórico al caso del sector salud argentino

La salud constituye incuestionablemente uno de los derechos fundamentales del ser humano, como ha sido recogido por la Declaración Universal de los Derechos Humanos⁶. Como se verá, el cumplimiento de este derecho está distribuido de manera muy desigual entre los argentinos, según una serie de clivajes, en particular de clase y geográficos. La desigualdad en este ámbito se traduce en la exclusión de una parte considerable de la población del acceso a los servicios de salud más básicos. Esta situación empeoró particularmente durante los años 90, adquiriendo un carácter de emergencia sanitaria durante la crisis de 2001-2. Parte de la explicación de este fenómeno deriva de la estructuración de tipo corporativo de uno de los componentes principales de la financiación de los servicios de salud, los seguros médicos contributivos, lo que implicó que los cambios acaecidos en el mercado laboral tuvieran un reflejo directo en la cobertura de los servicios de salud. Esta conexión fue tratada desde el punto teórico en la sección anterior, pero más abajo se aportaran elementos de evidencia empírica que soportan esta hipótesis. Por último, deberá evaluarse el peso de las sucesivas reformas del sector implementadas por los gobiernos de los dos periodos considerados. En particular, durante el ciclo ‘neodesarrollista’ se han revertido parte de los efectos de las reformas implementadas en los 90. Pese a esto, no se puede negar que la reactivación del mercado laboral formal ha contribuido a reconstruir el funcionamiento de la componente corporativa de sector salud.

Un elemento que debe subrayarse es que el sector sanitario provee una categoría de bienes y servicios con características particulares. En primer lugar, las prestaciones sanitarias tienen atributos de bien público, al generar un beneficio que no es solo individual sino también social, no solo en términos de garantizar la salud pública, como es el caso de enfermedades transmisibles, sino también en el sentido de constituir una de las bases de la reproducción de la vida. En particular, el sistema de salud representa una respuesta

social organizada a los problemas de salud de la población y como tal compone una de las bases materiales para garantizar el derecho universal a la salud y al bienestar, que, no olvidemos, dependen asimismo de otros factores, como las condiciones materiales de vida, el comportamiento individual etc.

En este cuadro, la particularidad de los servicios médicos reside en que el ámbito y las características de la prestación están manejados por ‘expertos’ en el contexto de una interacción social asimétrica. La legitimidad de los ‘expertos’, el nivel de conocimientos especializados adquiridos y su posición dominante en la relación médico-paciente están certificadas mediante precisas normas legales, a lo largo de un extenso currículo de estudios y exámenes públicos *ad hoc*. En esta interacción social, los usuarios del servicio (los pacientes) sufren de un nivel insuficiente de conocimientos y pueden ejercitar un control bajo o nulo sobre las modalidades de ejercicio de las prácticas médicas. De esta forma, el personal médico posee tanto la legitimidad social como la capacidad técnica de establecer los tratamientos que reputa más adecuados, aunque generalmente en el ámbito de prácticas y protocolos médicos consolidados. En instituciones médicas organizadas, también las posiciones gerenciales, muchas veces ocupadas por la profesión médica, manejan la gestión de la cantidad de insumos a disposición del personal médico.

En todo caso, este conjunto de decisiones tiene un efecto agregado sobre el sistema de salud, ya que suele implicar el uso más o menos intenso de recursos sanitarios. Una institución social de estas características da cabida a abusos que explotan las asimetrías informativas y la relación de agencia. En consecuencia, pueden generarse tanto un exceso de gasto como una desviación de la demanda en favor de determinadas empresas productoras de insumos médicos, según la intensidad de *marketing* y *lobbying* que hayan acometido. Frente a los posibles conflictos de interés, la actividad de monitoreo y regulación pública es claramente decisiva.

Junto a esta función de regulación de la práctica médica y de formación de nuevo personal sanitario, el Estado tiene la responsabilidad de extender los servicios de salud tanto a los grupos sociales de menores recursos como a los de mayor riesgo relativo, a causa de la edad o del ambiente profesional, por ejemplo. En otras palabras, es tarea del Estado incluir en el sistema también a todas las categorías que con dificultad pueden asegurarse en el mercado, ya que resultarían poco rentables para los proveedores privados de seguros médicos. Por esta razón, es necesario analizar de qué forma la intervención estatal se articula con los otros componentes del sector salud, para poder evaluar en qué grado está garantizado el acceso a los servicios sanitarios.

Nuestro marco de referencia será la literatura sobre Estados de bienestar que se examinó con anterioridad, aunque algunos autores señalan que el debate que se generó a raíz de la obra de Esping-Andersen no prestó la debida atención al sector de los servicios

sociales, al estar centrado el análisis en los programas de transferencias monetarias (previsión social, protección al desempleo, etc.) (Wendt et al. 2009). Esta omisión no puede justificarse tanto por la importancia social de estos sectores, como por el peso relativo del presupuesto destinado a estos sectores⁷.

Moran (2000) remarca que el sector salud se articula en torno a tres ámbitos principales: el consumo, la provisión y la producción de salud. Las instituciones del primer ámbito se ocupan de regular el acceso a los cuidados sanitarios y de gestionar la distribución de los recursos en el sistema; respecto a la provisión, se controla el funcionamiento de los hospitales y se regula la profesión médica; por último, el ámbito de la producción se refiere a la regulación de la innovación médica. Este último aspecto es fundamental dado el poder económico y de influencia sobre la demanda que tiene el conglomerado farmacéutico y de la ingeniería y electrónica médica⁸.

Wendt *et al.* (2009: 71, 77), por su parte, advierten de la necesidad de incluir en el análisis un estudio de las interacciones entre grupos de actores estatales, no gubernamentales (entre ellos las instituciones de la seguridad social) y privados, aunque señala que en la realidad cada función del sistema salud presenta combinaciones mixtas de los tres elementos. De esta forma, se dan configuraciones complejas en el conjunto del sistema, a menos que predomine un solo componente (por ejemplo el público o el privado) tanto en la financiación, la provisión y la regulación del sistema. El Cuadro 1 presenta de manera sintética estas dimensiones del sector salud (Verspohl 2010: 8).

Cuadro 1

	Seguridad Social	Estado	Mercado
Regulación	auto-administrado	Gobernanza jerárquica	Competición
Financiación	contribuciones	Impuestos	Seguros privados, gasto de bolsillo, caridad
Provisión	Privada	Funcionarios públicos	Aumento de la práctica privada, privatización de hospitales públicos
Acceso	Afiliados	Ciudadanía	Contratación de seguros privados, gasto directo

Fuente: Adaptado de Verspohl (2010: 8)

En la próxima sección, se analizará el peso de cada componente (privado, público o corporativo) sobre la financiación del sector salud y la cobertura de la población. Si bien en el primer periodo neoliberal se instrumentaron algunas reformas significativas al sistema, la naturaleza tripartita del mismo no fue afectada, aunque sí el funcionamiento íntimo de cada componente. Por esta razón no basta con examinar la distribución del

gasto en cada sector. Es necesario evaluar la extensión de la cobertura de cada componente. El objetivo es mostrar cómo la evolución en el mercado laboral tuvo una influencia marcada en el acceso a los servicios sanitarios. Si en la fase neoliberal se dio generalmente un proceso de reducción de la cobertura, una evolución en la dirección opuesta fue la marca de los años posteriores al fin de la Convertibilidad. La mejora de los indicadores del mercado laboral se reflejó en un incremento continuado de la cobertura del componente contributivo del sistema de salud, ligado a la seguridad social. En particular, las reformas en el sistema previsional incrementaron considerablemente la cobertura de la población mayor.

Puede decirse, por lo tanto, que aunque la estructura institucional del sector salud permaneciese estable, la cobertura del sistema se amplió, fruto de una combinación de dos factores: por un lado, el incremento de la ocupación en el sector formal de la economía y el menor grado de precarización del empleo asalariado; por otro, las políticas de ampliación de la cobertura de la seguridad social a favor de la población no trabajadora. Debe añadirse que la grave crisis social de 2001-2 obligó a tomar medidas de emergencia en el ámbito sanitario, de carácter asistencial, reforzando de esta forma el papel del sector público nacional, que la descentralización de las décadas anteriores había dejado en entredicho. Este renovado papel del Estado central se dio tanto bajo forma de programas centralizados como en su función de coordinación de la acción provincial.

3. La estructura del sector salud argentino

El sector salud argentino ha estado caracterizado históricamente por un grado elevado de fragmentación y una estructura muy descentralizada, tanto en la provisión de servicios médicos como en la financiación del sistema. Londoño y Frenk (1997) lo describen como un modelo atomizado y corporativo, vertebrado alrededor de una multiplicidad de entidades aseguradoras (obras sociales) que brindan cobertura médica a sus afiliados y se financian mediante contribuciones regladas por el estado⁹. Los aportantes al sistema resultaban, en origen y hasta la desregularización de los años noventas, segregados según los diferentes grupos ocupacionales, al punto que se decía que eran “cautivos” de su obra social. Existía por lo tanto un grado de solidaridad horizontal entre los afiliados a una misma entidad, es decir a la misma ocupación, aunque aportaran cantidades diferentes. Al contrario, los efectos de solidaridad vertical fueron limitados a la institución de un Fondo Solidario de Redistribución, financiado con una pequeña cuota de los aportes. Respecto a la provisión, las obras sociales en raros casos gestionan directamente los servicios médicos. Por lo general, suelen operar mediante la contratación de servicios de una multitud de entidades públicas y privadas¹⁰. Según estos autores el sistema argentino resultaba, en consecuencia, fragmentado tanto por la separación entre

financiación y provisión de servicios, como por la segmentación de la población (según ingresos u ocupación) en el acceso a los distintos subsectores del sistema de salud.

Esta estructura tripartita se fue conformando en los años setentas, aunque ya antes habían existido seguros médicos de tipo mutual para algunas categorías de trabajadores, organizados por los sindicatos, llamados *obras sociales*. Fue en 1971 que se generalizó este sistema, al legislarse la obligatoriedad de afiliación para todos los trabajadores del sector formal a la obra social correspondiente a su ocupación, financiada por el pago de una contribución calculada como un porcentaje fijo de los salarios¹¹. En el mismo periodo se crea el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados dedicado a la protección social de los pensionistas, y su obra social, el PAMI (Programa de Atención Médica Integral). A distancia de años, la mayoría de las obras sociales está bajo control sindical, aunque existen obras sociales provinciales (que cubren a los funcionarios públicos de las administraciones locales), y otras que se refieren a categorías profesionales (bancarios, aseguradores, universidades, etc.). Las obras sociales actúan como compradores colectivos de servicios sanitarios a proveedores públicos y privados, aunque en algunos casos poseen instalaciones propias (Veronelli y Correch, 2004). De hecho el sector privado mantiene una posición dominante en la provisión de servicios médicos. Según algunos autores, el crecimiento del sector privado a partir de los años 50 hasta alcanzar una posición predominante, deriva precisamente del impulso que le dio la demanda de parte de las obras sociales, en un contexto histórico en el que el sector público fue percibido como proveedor de servicios de carácter asistencial para los grupos de menores ingresos (Katz y Muñoz 1988). Entre los establecimientos sin internación el sector público mantiene un 44,4% del total, mientras que respecto a los establecimientos con internación (incluidos los hospitales) su peso baja al 38% del total, como se ve en el Cuadro 2.

Cuadro 2

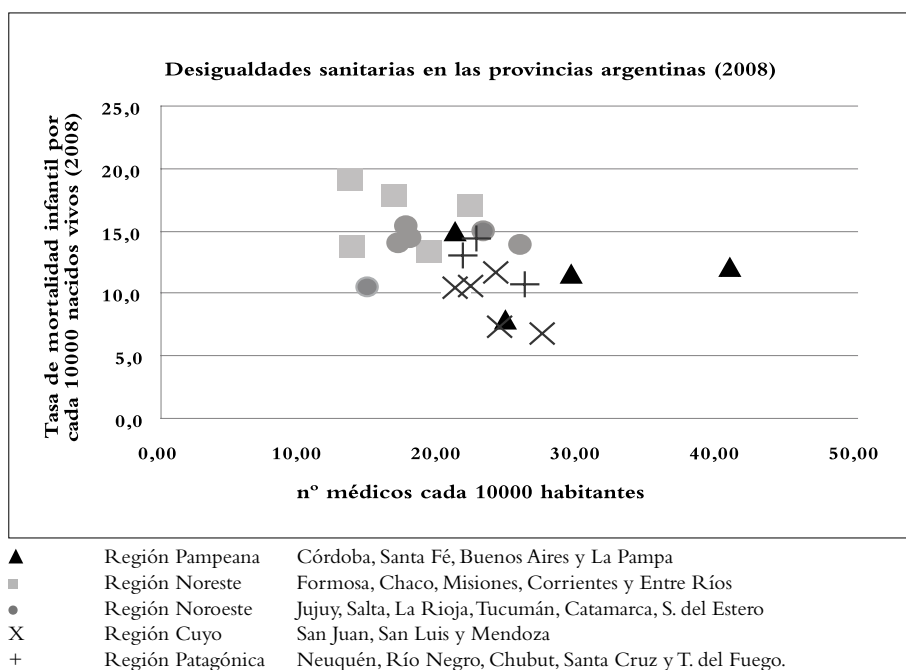
Provisión de servicios sanitarios (2008) % total establecimientos	
Sector público	
con internación	38.0%
sin internación	44.4%
Sector no público	
con internación	62.0%
sin internación	55.6%

Fuente: elaboración propia sobre datos de Catterberg y Mercado (2010: 150)

El proceso de descentralización del subsector público, iniciado en la década de 1970, fue completado en la de 1990 (Falleti 2006). El gasto público provincial en salud representó un promedio del 70% del gasto público del sector entre 1990 y 2008, incluyendo al gasto relativo a los hospitales públicos. El nivel nacional, al contrario, aportó en promedio solo el 14,3% del gasto público en salud, un porcentaje inferior al presupuesto gestionado por los municipios (15,3%). Después de la crisis se dio un incremento del gasto nacional, fruto de los programas de emergencia establecidos a nivel nacional, pasando del 15% al 18% entre 2003 y 2004 (Cetrángolo et al. 2011: 39).

La devolución de la provisión de servicios sanitarios a las provincias, provocó la fragmentación del subsector público de salud a lo largo de líneas de desigualdad geográfica, a causa de las enormes diferencias en los recursos económicos manejados por las provincias, las estructuras económicas y de empleo dispares y las condiciones sanitarias particulares de cada provincia (Andrenacci y Repetto 2006). Una manifestación de esta cuestión puede verse examinando las diferentes condiciones sanitarias en cada provincia, cruzando un indicador de las condiciones de salud de la población, como la tasa de mortalidad infantil, con un indicador de los recursos sanitarios disponibles en cada provincia, dado por el número de médicos cada 10 mil habitantes (cfr. Gráfico 1)¹².

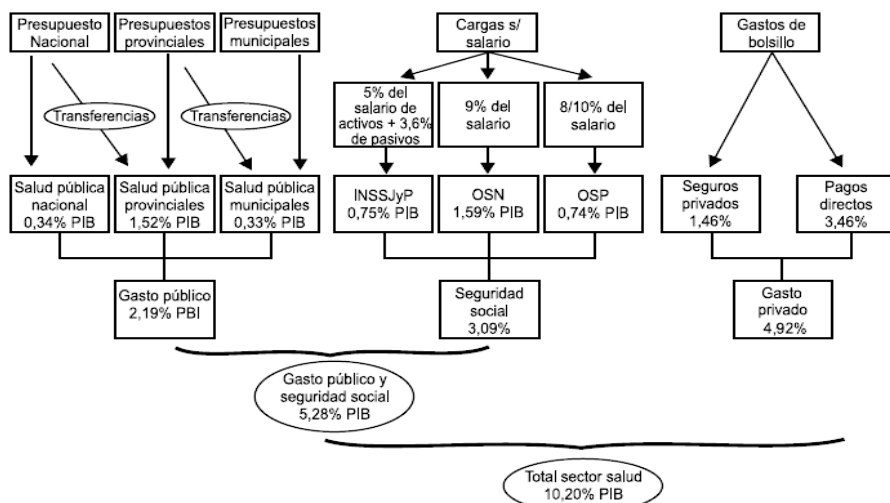
Gráfico 1



Fuente Elaboración propia sobre datos de Catterberg y Mercado (2010: 65-6).

Datos similares se obtienen utilizando otros indicadores relativos a las condiciones de salud (mortalidad o esperanza de vida) y a los recursos sanitarios. Por ejemplo, la distribución de las plazas en los centros médicos resultaba geográficamente muy desigual: el número medio de camas de hospital por cada 10000 habitantes era de 72,46 en la ciudad de Buenos Aires contra un mínimo de 23,36 en Tierra del Fuego, frente a una media del país de 38.91 (Catterberg y Mercado 2010: 65). Por razones de claridad gráfica no se incluyen las etiquetas relativas a cada provincia, aunque se agrupan las provincias según las regiones geográficas. Lo que se quiere destacar es la fragmentación geográfica del país, más que la posición relativa de una provincia en particular. Los resultados confirman que las regiones más rezagadas económicamente (noreste y noroeste)¹³, registran tanto condiciones sanitarias peores como menores recursos sanitarios. Debe recordarse que el sistema público constituye ciertamente la única forma de servicio médico a la que puede acceder la población sin cobertura de seguro, sin embargo eso no significa que la población con cobertura (de la seguridad social o privada) no acceda también al sector público universal, por ejemplo en caso de emergencia o para determinadas dolencias especializadas de tratamiento complejo. Las desigualdades de tipo geográfico afectan por lo tanto a todos los estratos de la población.

A este aspecto se suma la diferente cobertura de los seguros médicos en cada provincia, como se verá a continuación cuando se trate del componente contributivo del sistema. El análisis del gasto por sectores confirma la fragmentación tripartita del sistema y el peso que la seguridad social mantiene en el conjunto. El gasto gestionado por instituciones del sector público, guiado por principios universalistas, es sólo del 2,19% PIB (de este monto, la cantidad gestionada a nivel central es apenas el 0,34% del PIB) sobre un gasto total superior al 10% del PIB. La seguridad social centrada en torno a las obras sociales aporta el 3.08% del PIB, por lo que queda claro que el componente contributivo del sistema sigue siendo muy importante. Sin embargo el gasto privado representa la mayor parte del gasto. A los seguros médicos privados gestionados por aseguradoras privadas, que aportan el 1,46% del PIB, debe añadirse un 3,46% del PIB correspondiente a gastos de bolsillo para los hogares (en medicamentos, pago directo de cuidados médicos, etc.). El gasto directamente a cargo de familias e individuos es de hecho la partida más considerable. Tanto el sector público como el de la seguridad social presentan, como se vio, una ulterior diferenciación entre instituciones de nivel nacional y subnacional. El esquema que se muestra (Gráfico 2) representa gráficamente la extrema fragmentación y complejidad del sector¹⁴.

Grafico 2**Gasto y financiamiento del sector salud en Argentina (2008)**

Fuente: Cetrángolo et al. (2011: 40)

Los datos censales muestran que la cobertura de los seguros de salud (tanto de tipo contributivo como de tipo privado) decreció a lo largo de los noventa. En 2001, un 48% de la población estaba sin cobertura, mientras que en 1991 la población no asegurada era del 37% (Fuente: INDEC). En consecuencia, se incrementó la demanda de cuidados sanitarios en los hospitales públicos, los únicos que ofrecían prestaciones gratuitas y de forma universal. Frente a una demanda creciente, el sector público manejó una cantidad de recursos prácticamente sin cambios¹⁵.

Cuadro 3

	% de cobertura población	% gasto sanitario total	%GDP	Gasto mensual per cápita (ar\$)
Sector público*	100%		2.57%	47\$
(sin seguro médico)	43%	21,5%		
nivel federal (15% del total)			0.39%	
Seguridad Social		30,03%	3.08%	
Fondos nacionales	39%	15,6%	1.59%	88\$
Fondos sub nacionales	14%	7,3%	0.74%	116\$
PAMI	8%	7,4%	0.75%	193\$
Total Gasto Privado			4.92%	
Seguros privados	9%	14,3%	1.46%	
Gasto de bolsillo		33%	3.46%	
Total			10.20%	

Fuente: cobertura - Censo 2010 (INDEC); gasto sector salud, año 2008, elaboración propia de datos de Cetrángolo et al. (2011: 40, 44).

Los datos del Censo Nacional de Población de 2010 (véase Cuadro 3)¹⁶, confirman que la segmentación del sistema continuaba siendo evidente: un 43% de los argentinos carecía de seguro de salud. Estas personas tenían acceso a cuidados médicos proveídos exclusivamente por el servicio público. Debe señalarse, sin embargo, que un 4.8% de la población, es decir un 11% de la población sin seguro, formaba parte de algún plan o programa estatal de salud (sobre este tema, véase más abajo). Como se ha subrayado el subsector público recibe sólo el 21,5% del gasto total en salud, y sus recursos están fuertemente diferenciados según área geográfica. Un 46,2% está cubierto por una obra social (o el PAMI), mientras un 11,5% había contratado un seguro privado (INDEC). Una característica del sector salud que no es evidente en la tabla es la múltiple cobertura. Todos los argentinos están cubiertos por la salud pública, gestionada a nivel provincial, y financiada en parte por fondos coparticipados del presupuesto nacional. Luego hay una mitad de la población (el 56,98) que tiene una cobertura ulterior de las obras sociales. Un 23% de los afiliados de obras sociales (un 10,6% de la población) contrata seguros privados de las empresas prepagas, con el pago de un premio de seguro, a través de las propias obras. Un 5,12 de la población declara haber contratado solo seguros privados. Por lo que un 16,6% de la población acude al mercado privado de seguros; sin embargo, entre estos, la mayoría tiene una doble cobertura de seguro (y triple si se considera el sector financiado por impuestos) (Censo 2010 - INDEC). En otras palabras llega a pagar por las tres coberturas a través de diferentes vías. Por último, no debe olvidarse que todos incurrir en una cuarta fuente de gasto médico, los costos de bolsillo, por medicamentos y copagos frente a las prestaciones de salud.

Gráfico 3**Cobertura de los subsectores según la Encuesta de utilización y gasto en servicios de salud (2005)**

	QUINTILES DE INGRESO PER CÁPITA FAMILIAR (EN %)					TOTAL
	I	II	III	IV	V	
Obra social	34,56	48,98	60,41	67,8	64,49	55,98
Sistema privado	3,53	4,73	6,87	10,52	23,16	10,13
Cobertura pública	61,44	45,76	32,22	21,56	12,11	33,53
NS/NC	0,47	0,53	0,49	0,12	0,25	0,36
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Maceira (2011: 67).

Por último, la cobertura del sistema de seguridad social está fuertemente segmentada por el ingreso. Se advierte en el Gráfico 3 que la cobertura de la seguridad social era escasa en el primer quintil (apenas un tercio del total); cubría solo a la mitad de los individuos del segundo quintil, mientras alcanzaba un máximo en el cuarto quintil. La razón radica en que el empleo registrado es más elevado en los quintiles superiores y se reduce considerablemente en los quintiles inferiores. Al contrario, el sistema privado cubría a los individuos en correlación con sus niveles de ingreso, siendo la cobertura más elevada para el quinto quintil. Una relación inversa se daba en el caso del sector público. Casi dos tercios del primer quintil podían acceder exclusivamente al sector público (como se dijo, eso no quiere decir que las personas con otras coberturas no puedan acceder al mismo en determinadas circunstancias).

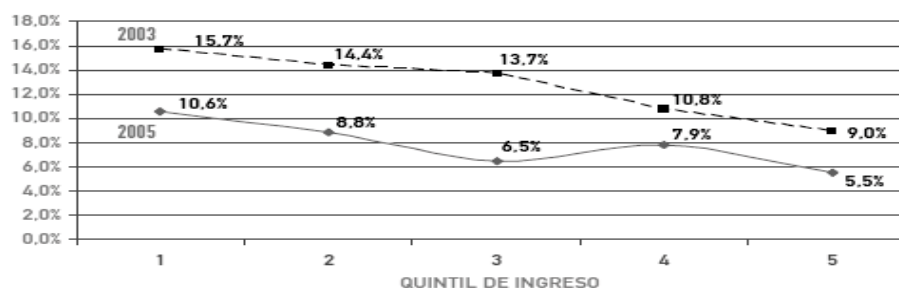
En conjunto, al lado de la fragmentación geográfica de la que se habló en precedencia, se registra una segmentación por clases de ingresos y estatus laboral. Las clases altas y medio-altas pueden adquirir seguros privados para garantizarse un nivel de prestaciones superior al garantizado por las obras sociales, a las que están automáticamente afiliados en caso de ser trabajadores asalariados registrados. Por otra parte, las clases bajas desconectadas del sector del empleo formal deben refugiarse exclusivamente en la sanidad gratuita ofrecida por el sistema de hospitales públicos y han de enfrentarse con su propio bolsillo a los gastos directos (por ejemplo en medicamentos). Los gastos de bolsillo no afectan de forma neutral a todos los deciles, ya que afectan en mayor grado a las personas de menores ingresos.

La “Encuesta de utilización y gasto en servicios de salud en Argentina” del Ministerio de Salud relativa a los años 2005 y 2003 muestra que el gasto directo en salud de las personas de menores ingresos fue considerablemente mayor en los primeros quintiles de la distribución (cfr Gráfico 4). Debe señalarse la mejora de este indicador en 2005

para todos los quintiles, fruto con toda probabilidad de la recuperación del ingreso disponible gracias a una fase de crecimiento económico sostenido, lo que redujo el peso del gasto en salud para todos los quintiles. Debe subrayarse, no obstante, que la reducción del peso del gasto de bolsillo sobre el ingreso fue más intensa para el tercer quintil (-52,5%) y para el segundo y quinto quintil (39%), que para el primero (-33%) y, en particular, el cuarto (-26,9%).

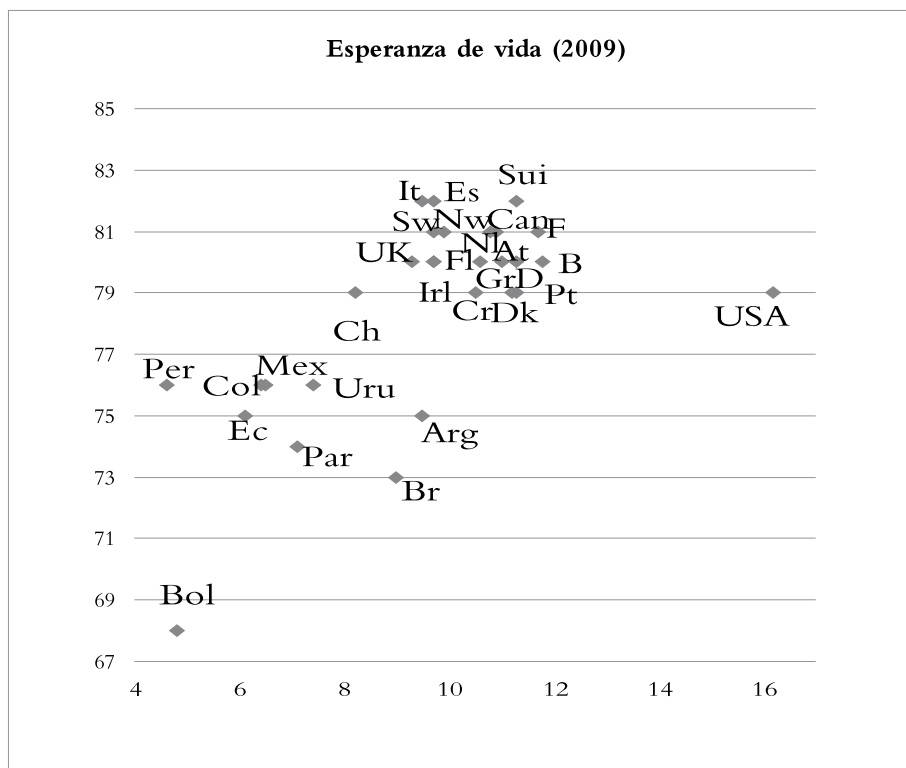
Gráfico 4

Gasto de bolsillo en salud, como porcentaje del ingreso, según quintil de ingreso 2003-2005



Fuente: Maceira (2011: 67).

Para concluir esta sección, debe mencionarse que respecto al costo total del sistema, el sector salud argentino consume una cantidad de recursos comparable al de los países más desarrollados. Según un informe del PNUD Argentina de 2010 el gasto total es de alrededor de un 10% del PIB (respecto a una media de 11,2% para los países de ingresos elevados y de un 6,4% para los países de ingresos medio-altos).¹⁷ Sin embargo, los resultados que obtiene en términos de salud son relativamente bajos: a un gasto de país “rico”, corresponde una esperanza de vida inferior a la de estos países.

Gráfico 5**Esperanza de vida y gasto sanitario**

Fuente: elaboración propia sobre datos de la OMS.

El Gráfico 5 permite comparar la relación entre gasto en salud sobre PIB y esperanza de vida en un conjunto de países (Estados Unidos, países europeos y latinoamericanos) según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El caso de Estados Unidos es notorio, ya que presenta un gasto sobre el PIB muy elevado (16%), frente a una esperanza de vida al nacer de 79 años, en línea con los países más desarrollados. Estos países gastan en promedio un 10,8% sobre PIB y registran una esperanza de vida al nacer media de 80,5 años. La situación de los países latinoamericanos es más heterogénea. En promedio, gastan un 7,3% del PIB y tienen una esperanza de vida de 75,2 años. Los países con mayor esperanza de vida son Costa Rica y Chile, aunque el primero gasta un porcentaje muy superior en salud. Debe decirse que el nivel de desarrollo económico de Costa Rica es inferior al de Chile, por lo que estos datos reflejan el mayor esfuerzo fiscal y la prioridad que el primer país atribuye al sector salud. Del resto, hay otros cuatro países que registran una esperanza de vida mayor a la Argentina (de 75 años), pese a gastar un porcentaje inferior del PIB en salud. También Ecuador alcanza un resultado

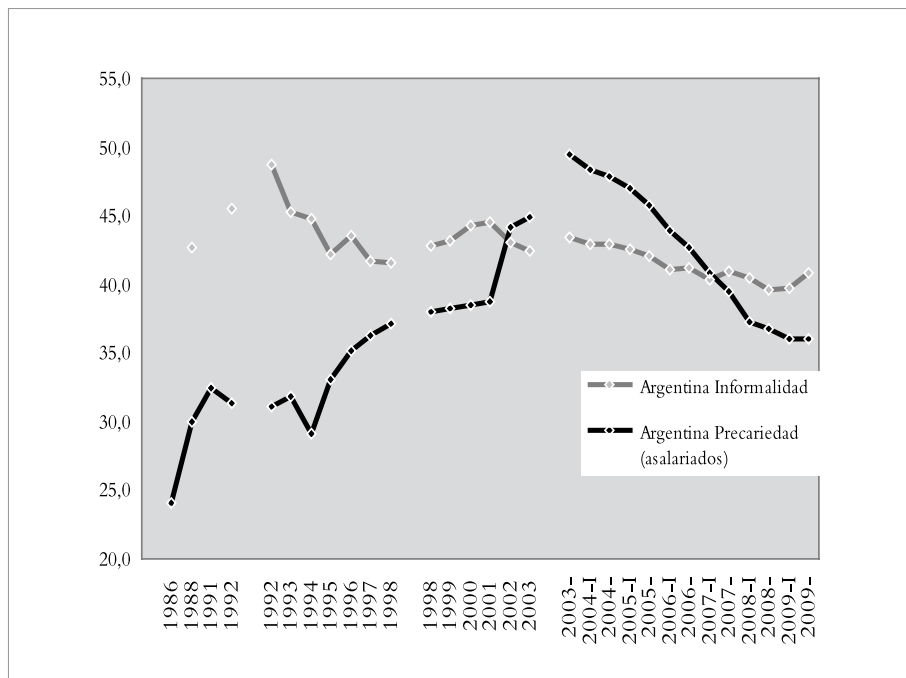
similar gastando casi cuatro puntos menos de PIB. Debe añadirse que muchos de estos países presentan un PIB per cápita inferior al argentino.

Esta serie de datos confirman que la fragmentación y segmentación del sistema cobran un fuerte precio al sistema de salud argentino en términos de resultados. Además estos resultados se refieren a medias, y no toman en cuenta las desigualdades internas al sistema que han sido mencionadas, por lo que el cuadro presenta todavía más claroscuros.

4. Factores explicativos y transformaciones

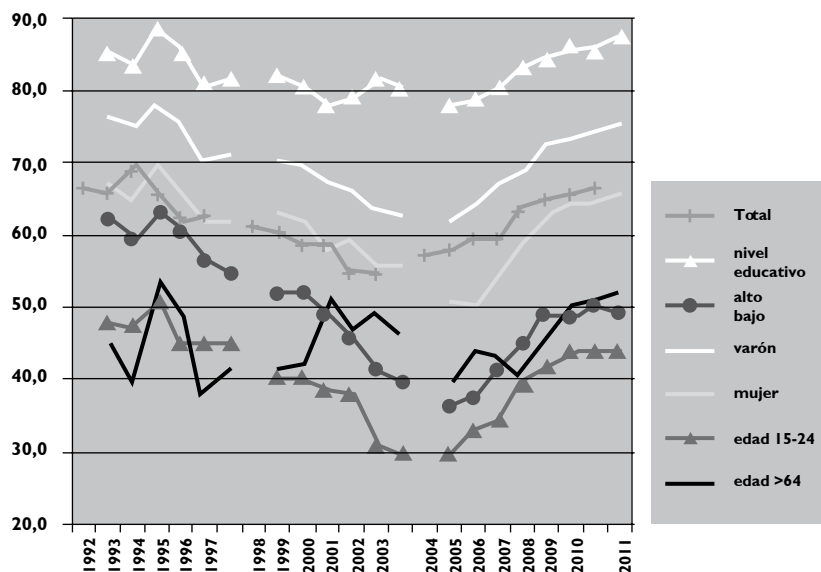
En la época de las reformas implementadas bajo la administración del presidente Carlos Menem, la estructura socio-económica del país cambió profundamente, exacerbando algunas tendencias que venían produciéndose desde el golpe militar de 1976. En lo que concierne a este trabajo, debe subrayarse principalmente la reducción del sector formal y la degradación de la calidad del empleo, fruto de los procesos de desindustrialización y de reducción de la intervención del estado, en particular la privatización de las empresas estatales. Un primer indicador de este fenómeno es la tasa de desempleo, que incluso durante la ‘década perdida’ de los años ochentas se había mantenido relativamente baja, por debajo del 8%. En el periodo de la convertibilidad, fue creciendo constantemente a partir de 1991, hasta alcanzar cotas cercanas al 18% durante la “crisis del tequila” de 1994/95, disminuyendo sólo en el bienio 1997/1998, para luego crecer nuevamente hasta alcanzar un pico en torno al 20% durante la crisis de 2001/2. El salto fue bastante intenso en los primeros años de la Convertibilidad, pese a tratarse de años de crecimiento económico elevado, apreciándose por lo tanto un cambio estructural tanto del sistema económico como del mercado de trabajo. Los desempleados no cotizan a la seguridad social naturalmente, a menos que tengan derecho al seguro de desempleo. Esta política pública ha tenido siempre, sin embargo, una cobertura especialmente baja¹⁸.

No obstante, a la hora de estudiar la cobertura del sector salud correspondiente a la seguridad social, no es suficiente analizar el porcentaje de la población ocupada. Es necesario examinar la situación de las personas con empleos informales o precarios¹⁹, las cuales perdieron su afiliación a las obras sociales. La desregulación de facto del mercado laboral, generada por la caída de la oferta de empleo que se mencionó con anterioridad, y la flexibilización aportada por algunas reformas legislativas²⁰, provocaron un aumento de la precariedad laboral entre los asalariados (es decir un 75% de todos los ocupados) (ver Gráfico 6). El empleo informal siguió siendo una situación compartida por una cuota muy importante de la fuerza de trabajo, por encima del 40% del total. Sin embargo son los empleos asalariados no registrados, precarios, los que muestran un incremento continuado hasta la crisis de 2001/2, para reducirse solo con el crecimiento económico posterior.

Gráfico 6**Precariedad e Informalidad en Argentina.**

Fuente: elaboración propia sobre datos Cedlas

No sólo la precariedad implica una exclusión del sistema de seguridad social. Es también un indicador de salarios comparativamente más bajos y que crecen menos a lo largo de todo el periodo, incluso después de 2003. Además, la precariedad laboral afectó a los quintiles más bajos (Lindenboim 2003). En este sentido, la precariedad laboral afectó la capacidad de hacer frente a los gastos sanitarios de bolsillo, a la vez que excluía estas personas de formas de aseguramiento colectivo o individual. En términos de categorías, la precariedad afligió especialmente las mujeres, los jóvenes (entre 15 y 24 años) y los trabajadores menos calificados (CEDLAS). ¿Qué efectos tuvo este fenómeno sobre la cobertura de salud? Como se ve en el Gráfico 7 fueron precisamente estas las categorías que más se vieron negado el acceso a un seguro de salud por medio de la seguridad social. En compensación, fueron las categorías que recuperaron más coberturas en el periodo ‘neodesarrollista’. Frente a un crecimiento de la cobertura para la totalidad de asalariados de 16,78 puntos, la cobertura para los jóvenes creció de 46.3 puntos, para las personas con un bajo nivel educativo creció del 34,7%. Para las mujeres y para las personas mayores de 64 años creció alrededor de 30 puntos (Cedlas).

Gráfico 7**Cobertura médica de seguro social para diferentes categorías de asalariado**

Fuente: elaboración propia sobre datos Cedlas

Como se vio en la sección anterior, la intensidad de la cobertura en salud está fuertemente mercantilizada, es decir depende fuertemente del nivel de ingresos. Este fenómeno se ve reducido por los mecanismos de aseguramiento colectivo de la protección social (aunque se verá en un instante que el sector fue reformado en dirección de una mayor individualización de las prestaciones en la década de los 90). La posición en el mercado laboral es, entonces, un factor determinante para que los trabajadores activos puedan acceder a un plan de salud de la seguridad social. La situación es parecida para los jubilados, ya que su afiliación a un régimen previsional es igualmente determinante para acceder a la protección del PAMI. Por último, se vio cómo la cobertura del seguro social de salud está diferenciada precisamente de forma análoga al grado de precariedad laboral en cada categoría: así la cobertura es menor para las mujeres, los jóvenes, los mayores; mientras que la cobertura es mayor para los trabajadores hombres y más calificados.

Los primeros años noventa fueron una época de transformaciones en el sector salud: se completó la descentralización de los hospitales públicos, que pasaron a la órbita pro-

vincial, y a partir de 1994 se eliminó la regulación de las obras sociales. Según la nueva normativa los trabajadores tenían la libertad de cambiar su afiliación de una entidad a otra y sus aportes serían reasignados a la obra social de elección. Esta medida significó un golpe al mecanismo de la solidaridad intra-ocupacional que había regido el sistema de obras sociales, en el que los miembros de ingresos elevados en cada rama sindical contribuían con un mayor volumen de aportes a financiar un nivel medio de prestaciones más alto para todos los afiliados. Para poner un ejemplo, la reforma no optó por establecer un sistema más solidario, que habría derivado de fijar un nivel mínimo de prestaciones calculado sobre el ingreso medio de todos los ocupados, financiado por una mayor redistribución de los fondos entre las obras sociales. Al contrario, se promovió la individualización de la protección, un esquema en el que el aporte individual (menos la cuota destinada al fondo de redistribución) era de libre disponibilidad del asalariado, que podía llevarla en dote a su nueva obra social. De hecho, uno de los objetivos de esta reforma, junto con la reforma del sistema previsional, fue la creación de un mercado de capitales local, por lo que se fomentaban sistemas de aseguramiento individual.

Las obras sociales que contaban con una dispersión importante de salarios, empezaron a perder los beneficiarios de mayor aporte, que fueron hacia las obras sociales de mayores recursos, mientras mantenían los pasivos preexistentes, lo que les produjo problemas financieros. La crisis económica no hizo sino empeorar esta situación. La solidaridad intra-ocupacional se vio reducida también por la posibilidad que se brindaba a las obras sociales de ofrecer planes suplementarios optativos a cambio de aportes extra (cosegueros). Una parte de estos planes se encuadraron en acuerdos de convenio entre las obras sociales y las prepagas. Las cuotas opcionales representaron una parte creciente de la financiación de las obras sociales, pero aumentó la desigualdad en las prestaciones que recibían los afiliados a una misma entidad.

En conclusión, la reforma del periodo “neoliberal” generó un efecto de desceme de las personas con mayores salarios hacia las obras sociales que ofrecían mayores prestaciones. La contracara de este proceso es que a las obras sociales con menores recursos les quedaron los afiliados de bajos salarios o mayor riesgo relativo, lo que hizo que estas transferencias de afiliados se retroalimentaran²¹. Dentro de cada obra social se incrementó la heterogeneidad de las prestaciones dependiendo de la contratación de seguros suplementares. Por último, el sistema de copagos frente a una prestación se generalizó, incrementando el gasto de bolsillo de los afiliados (Cetrángolo y Devoto 2002).

Desde un punto de vista organizativo, debe mencionarse que las reformas de los años noventa establecieron la centralización de los aportes en el Ministerio de Economía para su posterior distribución, invirtiendo el mecanismo anterior, según el cual los aportes iban directamente a las obras sociales que luego reenviaban la cuota que iba al fondo de solidaridad. De esto deriva que los fondos que cada año no se dirigen a las

obras sociales, por ejemplo por errores de registro de parte de las mismas, se van acumulando en un fondo especial del propio ministerio. De esta forma, pasaron a ocuparse de la articulación, regulación y coordinación del sistema hasta tres ministerios distintos (Ministerio del Trabajo, de Economía, y de Salud).

En un intento de rearticulación del sistema, en 1996 fue establecido un nivel mínimo de asistencia sanitaria que debían proveer las entidades de la seguridad social, el llamado PMO (Programa Médico Obligatorio), que incluía una lista de bienes y servicios a proveer para la prevención y tratamiento de un conjunto de dolencias. Durante la crisis de 2002 fue ampliado y modificado para hacer frente a la emergencia sanitaria que golpeó el país, cuando un gran número de trabajadores y sus familias perdieron su cobertura médica (Catterberg y Mercado 2010).

Las personas que ya estaban excluidas anteriormente del sistema tuvieron que soportar la caída generalizada de los salarios y la pérdida de empleo, tanto en el sector formal como en el sector informal. Por lo tanto tuvieron que soportar un mayor gasto de bolsillo con unos ingresos disponibles reducidos. Además se generó un incremento de la demanda de prestaciones para el subsector público, sin que los recursos disponibles fueran incrementados proporcionalmente. Se dieron casos de desnutrición en las áreas más deprimidas del país. De hecho, tanto la mortalidad infantil como la materna tuvieron un repunte en esas fechas, por primera vez en décadas de declino (OMS).

Para hacer frente a esta situación de emergencia se declaró el estado de emergencia sanitaria y se aprobó la ampliación y actualización del PMO. Además se implementaron una serie de medidas propuestas por el gobierno nacional en coordinación con las provincias en el ámbito de coordinación de las políticas sanitarias, el Consejo Federal de Salud, que llevaron a la formulación de un Plan Federal de Salud.

Para paliar la dificultad de acceso a los medicamentos, se promovió el uso de genéricos y el programa REMEDIAR proveyó medicinas gratuitas a los hogares pobres a través de los centros de salud, en particular en las provincias más rezagadas. Esta medida logró mejorar el acceso de las capas más pobres de la población a estos productos farmacéuticos. De hecho, el programa REMEDIAR llegó a alcanzar hasta 15 millones de personas; el 94% de los cuales tenían ingresos por debajo de la línea de pobreza. Otra medida implementada en ese periodo fue el plan NACER, financiado por el Banco Mundial. Inicialmente limitado a la población de bajos recursos, sin seguro médico, en las provincias más pobres, fue ampliado con el tiempo. Consiste de una transferencia condicionada del gobierno federal al gobierno provincial por cada niño menor de 6 años, mujer embarazada y madre hasta 45 días, sin obra social, atendidos en centros de salud primaria (Ministerio de Salud 2006). En el ciclo de crecimiento posterior a 2003, el empleo ha mostrado una rápida mejora según todos los indicadores, aunque solo recientemente se han alcanzado niveles simi-

lares a los de los primeros años 90 (niveles que ya eran elevados si comparados con las décadas anteriores). La población activa ha alcanzado tasas superiores al 46% al final de la década frente a un 39% en 1990 y a un 42% en 2001. Por su parte, la tasa de empleo ha subido al 42%, pese a que nunca superó el 37% entre 1989 y 2003, registrándose un primer mínimo de 34% en la encuesta de mayo 1996, en consecuencia del ciclo recesivo desencadenado por la crisis mexicana de finales de 1994, y que impactó en la actividad económica argentina en el año 1995, y un segundo del 32% durante la crisis del 2001-2. Por su parte, la tasa de desempleo ha bajado rápidamente por debajo del 10% (INDEC).

Estos factores naturalmente favorecieron una recomposición de la protección social. Pero más importante que el aumento del empleo en sí, fue la creación de empleo de mayor calidad, es decir registrado; la ampliación de la cobertura previsional (a través de la moratoria previsional), con afiliación automática al PAMI; el blanqueamiento de posiciones anteriormente precarias o informales (con la figura del monotributo, que incluye aportes a las obras sociales), que supuso la regularización de una parte considerable de las empleadas domésticas. Todos estos elementos coadyuvaron la transferencia del crecimiento económico a los sectores más rezagados en la década anterior.

Más en detalle, a partir de 2003, un paquete de medidas amplió la cobertura del sistema previsional, y por consecuencia incrementó la cobertura del PAMI, por un lado, y la capacidad adquisitiva de las personas mayores, por el otro²². En primer lugar, a mayo de 2010 alrededor de 2.300.000 personas, en edad de jubilación pero que no habían acumulado el número suficiente de años de contribución, se acogieron a la llamada moratoria previsional, un proceso facilitado de incorporación al sistema de pensiones para autónomos y trabajadores precarios (en un 80% mujeres), vigente desde 2005. Otra medida fue la prejubilación de los desempleados con número suficiente de años cotizados. En segundo lugar, en 2008 se procedió a la nacionalización del sistema de pensiones: de esta forma se unificaron los dos sistemas preexistentes (privado de capitalización y público de reparto) en uno sólo público, que pasó a recibir todos los aportes²³. En tercer lugar, las pensiones mínimas fueron periódicamente incrementadas, fueron otorgados aumentos de suma fija y algunos subsidios específicos para afiliados del PAMI. También los haberes medios se incrementaron en valor y su cuantía se ató al salario mínimo (con la ley de movilidad previsional), con el objetivo de que el poder adquisitivo real de los beneficiarios fuera protegido en el tiempo.

La acción del gobierno fue particularmente incisiva en reformar la legislación laboral, para reducir el abuso de formas de contratación no convencional, y fomentar la negociación colectiva. En la misma óptica se introduce una normativa que busca luchar contra el trabajo no registrado, sobre la base de una triple estrategia de simplificación de los procedimientos, incremento de la supervisión laboral y penalización del incumplimien-

to de la ley. Es lo que Palomino (2007) llega a considerar una verdadera transformación del régimen de creación de empleo argentino en dirección de una mayor protección social, en sustitución del anterior régimen de precarización laboral.

En este proceso, el gobierno intervino a través de nuevas normativas que favorecieron el blanqueamiento y la regularización de los trabajadores. En 2006 por ejemplo, la AFIP (Administración Federal de Ingresos Públicos, el organismo que se ocupa de la recaudación) implementó una moratoria que permitió la regularización de más de 350.000 empleadas domésticas, hasta alcanzar unas 418.000 trabajadoras registradas en 2009. No obstante quedaban en ese momento unas 580.000 personas en una posición laboral irregular (Gerencia de Estudios de la Seguridad Social 2010).

Igualmente importante ha sido el sostenido aumento del salario mínimo que, aunque afecte directamente solo a una pequeña cuota del empleo formal, tiende a ejercer un efecto arrastre sobre todos los salarios de los empleos no registrados (Cornia 2010). Entre 2005 y 2010 el salario mínimo se multiplicó de casi 3 veces y media en términos reales²⁴. Esto confirma cuanto dicho anteriormente en relación al peso del gasto de bolsillo en el consumo por quintiles: el crecimiento del ingreso disponible relajó la restricción presupuestaria a lo largo de la distribución de ingresos.

En el área de la política social, las transferencias condicionadas han puesto especial énfasis en promover los controles sanitarios (y la educación) de los niños de los beneficiarios. En un primer momento hubo el programa Jefes y Jefas de Hogar Desocupados, creado en el momento más duro de la crisis, pero los posteriores programas han mantenido el mismo sistema de incentivos: el más significativo, la Asignación Universal por Hijo (AUH), cuyo propósito es universalizar las asignaciones familiares, antes reservadas a los trabajadores del sector formal (Gasparini y Cruces 2010). De esta forma se busca beneficiar a 5.700.000 niños en familias con personas adultas desocupadas o que trabajan de forma irregular, lo que significa un aumento significativo de la partida destinada a transferencias condicionadas hasta casi un 5% del presupuesto nacional (Cogliandro 2010). La novedad del AUH consiste en complementar las preexistentes asignaciones familiares (para trabajadores registrados) y brindar una ayuda frente a los gastos que derivan del cuidado de los niños, del que las familias argentinas sin empleo formal carecían²⁵. Otros planes focalizados a mejorar las condiciones sanitarias de categorías específicas se han mantenido y ampliado (por ejemplo, el ya mencionado plan NACER).

Respecto a la regulación del sector salud, se han dado algunos pasos en dirección de un incremento de la solidaridad del sistema, ya que se aumentó el porcentaje de los aportes que va al Fondo Social de Redistribución. De este porcentaje solo una parte va a financiar los afiliados (según categoría de riesgo) de las obras sociales en dificultades financieras. Otra cuota va a la Administración de Programas Especiales, cuyo objetivo

es financiar las prestaciones más costosas y de alta complejidad para el sector de la seguridad social²⁶. Por último, la ley n° 26682 pretende regular el sector de la medicina prepaga, obligándolo a cubrir el PMOE, controlando su gestión de los contratos y sus cuotas y estableciendo que no pueden rechazar a ningún contratante por razones de edad o enfermedad preexistente (Cetrángolo *et al.* 2011). Debe subrayarse, sin embargo, que ninguna reforma de sistema fue implementada a lo largo del periodo.

5. Conclusiones

Para concluir, puede afirmarse que en el periodo que siguió a la crisis de 2001-2 y en el contexto de la implementación de un nuevo programa político ‘neodesarrollista’, las políticas sociales de carácter inclusivo sostuvieron de manera proactiva el proceso de inclusión que se iba asentando en el mercado laboral, gracias a un incremento del empleo registrado. Para evaluar la relevancia relativa de los dos elementos sería necesario profundizar el análisis cuantitativo. No obstante, los datos preliminares parecen confirmar que el crecimiento del sector formal se trasladó directamente a una ampliación de la cobertura de la seguridad social y de su financiación, permitiendo que un mayor número de beneficiarios pueda tener acceso a mejores servicios de salud. Un efecto progresivo tuvo también el incremento del salario mínimo y su efecto de arrastre sobre los salarios más bajos, lo que permitió que bajara el peso del gasto de bolsillo en salud para los quintiles más bajo. Sin embargo, no se redujeron considerablemente el grado de fragmentación y de segmentación del sistema que se presentaron en la sección 4. Como puede verse en el Cuadro 4 la prioridad del gasto en salud en el subsector público sobre el gasto social fue disminuyendo a lo largo de los periodos en términos relativos, aunque ha alcanzado en el último periodo considerado un máximo histórico.

Cuadro 4. Evolución del gasto en salud, en promedios anuales sobre el PIB.

media de los periodos en % del Pib	1980- 84	1985- 89	1990- 94	1995- 99	2000- 02	2003- 06	2007- 09*
Gasto público total	28,19	32,13	31,29	31,69	32,86	30,66	39,17
GPTN (neto del servicio de la deuda)	24,28	29,27	29,35	29,02	28,79	28,42	36,70
GPS: Gasto público social	12,93	16,83	19,86	20,61	21,09	19,70	24,88
en % de GPTN	53,25	57,50	67,67	71,02	73,26	69,31	67,80
Gasto en salud	3,36	3,88	4,51	4,79	4,83	4,36	5,37
en % de GPS	25,95	23,04	22,72	23,22	22,89	22,14	21,59
Subsector Público	1,11	1,41	1,70	1,88	1,99	1,90	2,28
Obras Sociales+ PAMI	2,24	2,46	2,81	2,90	2,84	2,46	3,09

Fuente: elaboración propia sobre datos del Ministerio de Economía de Argentina (2011). *datos provisionales para 2009

Queda en todo caso mucho camino por delante, si se quiere universalizar efectivamente el cuidado de salud a todos los argentinos. Debe en primer lugar mejorarse la distribución de los recursos sanitarios públicos a lo largo de todo el territorio argentino. No puede contarse con la iniciativa privada para alcanzar las áreas de baja rentabilidad. También es necesaria una mayor coordinación entre niveles de gobierno, y al respecto, el ejemplo de programas como el plan NACER indican el camino a seguir. Por último, en el área de las obras sociales sería necesario revertir en parte el proceso de individualización de los aportes implementado en los 90, para incrementar la solidaridad horizontal entre los afiliados, a la vez que debería potenciarse el papel del Fondo de solidaridad, para reducir la desigualdad de prestaciones entre distintas obras sociales.

Como sostiene Subirats (2004), la exclusión social no es un accidente de la naturaleza. Al contrario, es una circunstancia social que debe ser debidamente politizada, en el sentido de que se ha de someter al escrutinio de las instituciones políticas y de la sociedad civil. Del análisis del caso argentino pueden recabarse algunas sugerencias de carácter político. La historia de este país demuestra que los cambios radicales en el tejido socio-económico, especialmente en el mercado laboral, tienden a reflejarse, multiplicados, en la naturaleza de las políticas sociales del Estado y en el peso relativo de los otros componentes del bienestar, como el mercado o los hogares. Esta transformación constituye una de las consecuencias inesperadas de las reformas estructurales, que por profundidad superaron en alcance las reformas, más moderadas, que afectaron directamente a las instituciones del Estado de bienestar.

El caso del sector salud en Argentina es claro: el aumento de la precariedad laboral provocó una contracción de la seguridad social en la financiación de los servicios sanitarios, no compensada por un incremento de la capacidad del Estado para proveer un servicio universal. Esta reducción del papel de las entidades aseguradoras colectivas y la levedad del sector público no fueron neutrales en términos de equidad. La segmentación en el acceso a los servicios de interés público (en este caso sanitarios) constituye una merma de los derechos sociales de los grupos más débiles de la sociedad. Se trata de aquellos que con dificultad pueden costear la adquisición de servicios en el mercado. En los momentos de crisis esta condición alcanza a los “nuevos pobres” y a las capas de la clase media que por razones contingentes o más estructurales entran en una espiral progresiva de precariedad. No obstante, con la recuperación económica son estos grupos los que pueden reintegrarse rápidamente en el sector formal. Las reformas estructurales, no graduales, tienen un efecto disruptivo similar, ya que provocan violentos cambios en la estructura productiva del país, con impacto directo sobre los mercados laborales y la capacidad de la población de acceder a los servicios sociales. Estos fenómenos generan procesos de exclusión social.

Desde una perspectiva más positiva, los últimos años han mostrado que la acción política (aún contradictoria o incoherente en algunos casos) puede tener un efecto complementario de inclusión social junto con los efectos del ciclo económico positivo. Así algunas reformas han potenciado las consecuencias positivas de la recuperación del mercado laboral. Otras políticas más específicas han apuntado a incluir las categorías menos aventajadas (o no activas) en el Estado de bienestar. Obviamente, para que estos avances se consoliden, es necesario que esta fase de desarrollo del país potencie sus rasgos progresivos e incluyentes.

¹ Una versión preliminar de este trabajo fue presentada en el VI Congreso Latinoamericano de Ciencia Política, organizado por la Asociación Latinoamericana de Ciencia Política (ALACIP). Quito, 12 al 14 de junio de 2012

² Los dos mandatos de Carlos S. Menem (1989-1999) constituyen la referencia de la primera década. Las presidencias de Néstor Kirchner y Cristina Fernández de Kirchner, a partir de 2003, marcan el nuevo curso político del país después de la crisis del ciclo económico de la Convertibilidad.

³ Pese a que, como señala Sen (1995; 1997), la forma concreta mediante la cual cada individuo transforma esos recursos materiales en bienestar efectivo (lo que este autor denomina 'funcionamientos'), representa un objeto de investigación de por sí mismo.

⁴ Paradójicamente, algunos países caracterizados por el modelo liberal de ayudas focalizadas a los más pobres muestran los peores resultados comparativos en términos de pobreza y desigualdad. La cuestión reside en que las políticas distributivas no benefician a la clase media, como en los otros dos modelos, por lo que los programas distributivos no gozan de un consenso suficiente y suelen estar subfinanciados (Korpi y Palme 1998).

⁵ A menudo, la retórica política del momento presenta a los recortes como la única forma de salvar el sistema público y garantizar su sostenibilidad en el futuro. Cfr. Pierson, (1996: 156, 177).

⁶ "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad" (Asamblea General de las Naciones Unidas 1948, art. 25).

⁷ Algunos autores como Bamba (2005: 33) utilizan el esquema de Esping-Andersen para extender su análisis al sector salud, utilizando indicadores de desmercantilización para evaluar la naturaleza de los sistemas sanitarios.

⁸ Katz y Muñoz (1988) hacen un análisis similar para Argentina para constatar que el aumento de la tecnología incorporada en el tratamiento médico (instrumentos diagnósticos, medicamentos, etc.) provoca un constante aumento de los precios y de los costes per cápita en salud, además de la importación de productos de alta tecnología del extranjero.

⁹ En la actualidad existen alrededor de 280 obras sociales nacionales (es decir que abarcan a todo el territorio nacional) y 24 entidades provinciales (Cetrángolo et al, 2011: 44).

¹⁰ Existe una circulación amplia de profesionales pluriempleados que trabajan en los dos ámbitos, aunque de difícil cuantificación.

¹¹ Actualmente el empleado paga el 3% de su salario bruto a la Obra social y el 3% al PAMI (cfr. más abajo en esta sección), mientras que el empleador paga un 6% a la Obra Social y el 0.5% al PAMI (Panigó et al. 2010).

¹² La figura no incluye los datos de la Ciudad de Buenos Aires por razones de escala gráfica, ya que el número de médicos en esa área cuadruplicaba la media nacional, representando un claro *outlier*. La razón radica en el gran número de profesionales médicos que establecen sus consultorios privados en la ciudad (Katz y Muñoz 1988).

¹³ Cfr. por ejemplo los índices de desarrollo humano por provincia contenidos en (Catterberg y Mercado 2010: 168).

¹⁴ Para añadir complejidad al tema, debe mencionarse que una parte del gasto manejado por las ART (Aseguradoras de Riesgo de Trabajo), bajo la regulación del ministerio de Trabajo, deberían calcularse como parte del gasto de salud. De hecho las prestaciones de las ART no incluyen solamente transferencias monetarias, sino también prestación de servicios, es decir cobertura asistencial (tanto en términos de pensiones como de asistencia sanitaria). Sin embargo, datos que discriminan que según la función del gasto de las ART no están disponibles,

¹⁵ El número de camas en el sistema público fue de 21,7 por 10.000 habitantes en 1996 y de 20,4 en 2004 (Fuente: INDEC). El gasto per cápita en el sistema público creció ligeramente de 279 US\$ en 1991 hasta 327 US\$ en 2001 (Isuani 2010). El autor sugiere que este aumento podría estar sobrestimado, debido a que los precios en los insumos médicos crecieron más rápidamente que el nivel de precios en el conjunto de la economía, que es utilizado para deflactar los datos de gasto.

¹⁶ Los gastos per cápita son estimados. Podría estimarse ulteriormente con un cálculo grueso el gasto medio per cápita en US\$ (2008) en seguros médicos privados (gasto sobre PIB dividido por personas cubiertas), llegando a una cifra de alrededor de 1330 US\$, per cápita, contra cifras de 336,5 US\$ para las obras sociales nacionales o de 737,8% US\$ para el PAMI.

¹⁷ Catterberg y Mercado (2010: 60).

¹⁸ El sistema integral de prestaciones por desempleo de 1991 (conocido como 'subsidio de desempleo'), cubrió en media un 6% desempleados a lo largo de los años 90 (González 2003: 100). Una reforma del subsidio en 2001, permitió que el subsidio pasará cubrir el 15% de los desempleados en 2008

¹⁹ Debe distinguirse entre precariedad e informalidad. La segunda es una categoría productiva, refiriéndose a aquellos trabajadores que trabajan en pequeñas empresas (menos de 5 empleados), autónomos no calificados o trabajadores sin ingresos (en empresas familiares). La primera categoría se refiere en cambio a aquellos trabajadores cuyo empleo no está legalmente registrado, por lo que no cotizan a la seguridad social.

²⁰ Para más detalles, cfr. González, (2003).

²¹ Debe precisarse que los costes de transacción en el cambio son elevados (e insuperables para los enfermos), además de los costes de aprendizaje (respecto a la nueva obra social, nuevos prestadores, sistema de co-pagos y planes suplementarios). Por esa razón raramente se dan transferencias de tipo individual, mientras hay movimientos de grupos guiados por representantes sindicales, por ejemplo (entrevista con Laura Lima Quintana).

²² Los datos de este párrafo derivan de la Gerencia de Estudios de la Seguridad Social (2010).

²³ Debe decirse que alrededor de la mitad de los recursos del sistema no proviene de los aportes sino de la fiscalidad general (donde es notorio el peso de los impuestos indirectos). En este sentido, la ampliación de la cobertura a favor de los no aportantes ha ido en la dirección de una mayor progresividad del sistema.

²⁴ Si se descuenta por la tasa de inflación, por ejemplo, de CIFRA-CTA (2011) el crecimiento es menos espectacular (de 2,5 veces). La fuente para el salario mínimo es el Ministerio de trabajo, empleo y seguridad social.

²⁵ Los menores que quedan sin cobertura son 1,1 millones, el 9% del total. 600.000 menores no están cubiertos por el sistema de asignaciones, pero brindan a sus familiares una deducción fiscal al impuesto a las ganancias, por lo que quedan cubiertos bajo esta modalidad (Danani y Hintze 2012: 79).

²⁶ El Decreto n°1198 del 17 de Julio de 2012 resolvió la absorción de la APE dentro de la estructura organizativa de la Superintendencia de Servicios de Salud. En un plazo de 90 días, este organismo debería presentar su propuesta de reorganización de la entidad). En el mismo mes, Ricardo Bellagio, vinculado al líder de la CGT Hugo Moyano, fue sustituido al frente de la Superintendencia por Beatriz Korenfeld, una colaboradora leal de la presidenta (Página 12, 20 de julio de 2012). Los medios de comunicación vinculan estas decisiones con el conflicto creciente entre gobierno y el líder de la CGT, quién en distintas ocasiones ha destacado las deudas que la APE habría acumulado con las obras sociales sindicales. En 2011, la APE habría correspondido sólo 1090 millones de pesos argentinos de los 1600 solicitados por las aseguradoras sindicales (la Nación, 19 de julio de 2012). En todo caso, mientras no se complete el proceso de reorganización no es posible prever los efectos de estos cambios en la gestión del organismo sanitario.

Referencias bibliográficas

Andrenacci, L. y Repetto, F. (2006) *Universalismo, ciudadanía y Estado en la política social latinoamericana*. Buenos Aires: INDES.

Asamblea General de las Naciones Unidas (1948) *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. <http://www.un.org/es/documents/udhr/>. Accesado el 28 de abril de 2012.

Bambra, C. (2005) "Worlds of welfare and the health care discrepancy". *Social Policy and Society*, 4(1): 31-41.

Barrientos, A. (2009). "Labour markets and the (hyphenated) welfare regime in Latin America". *Latin American Economy and Society*, 38(1): 87-108.

Bartolini, S. (2010) *Manifesto per la felicità*. Roma: Donzelli editore.

Briggs, A. (2006) "The Welfare State in Historical Perspective". En C. Pierson y F. G. Castles (Eds.), *The Welfare State Reader*. Bristol: Polity Press.

CIFRA-CTA. (2011) *El nuevo patrón de crecimiento. Argentina 2002-2010. Informe de Coyuntura*. Buenos Aires: CTA.

Catterberg, G. & Mercado, R. (2010) *Informe Nacional sobre Desarrollo Humano 2010 Desarrollo humano en Argentina: trayectos y nuevos desafíos*. Buenos Aires: PNUD.

Cedlas (Centro de Estudios Distributivos Laborales y Sociales), & Banco Mundial. (2011). SEDLAC (Socio-Economic Database for Latin America and the Caribbean). <http://sedlac.econo.unlp.edu.ar/esp/estadisticas.php> Accesado el 28 de abril de 2012.

Cetrángolo, O. y Devoto, F. (2002) *Organización de la salud en argentina y equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual*. Conferencia Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health. Toronto.

Cetrángolo, O., San Martín, M., Goldsmith, A., y Lima Quintana, L. (2011). *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*. Buenos Aires: Cepal/Ops/Pnud.

Clayton, R., y Pontusson, J. (1998) "Welfare-State Retrenchment Revisited: Entitlement Cuts, Public Sector Restructuring, and Inegalitarian Trends in Advanced Capitalist Societies". *World Politics*, 51(1): 67-98.

Cogliandro, G. (2010) *El programa Asignación Universal por Hijo para Protección Social y los cambios en los Programas de Transferencias Condicionada*. Buenos Aires: Fundación Siena.

Cornia, G. A. (2010) "Income Distribution under Latin America's New Left Regimes". *Journal of Human Development and Capabilities*, 11(1): 85-114.

Danani, C. (2005) *Las políticas sociales de los '90: los resultados de la combinación de individualización y comunitarización de la protección*. Coloquio Internacional: "Trabajo, conflictos sociales e integración monetaria: América Latina en una perspectiva comparada". Buenos Aires: Instituto de Ciencias (UNGS)/Institut de Reserche por le Développement/ANPCyT-FONCyT.

Danani, C. y Hintze, S. (2012) *Protecciones y desprotecciones: la seguridad social en la Argentina 1990-2010*. Buenos Aires: Editoria UNGS.

Esping-Andersen, G. (1993) *Los tres mundos del Estado del Bienestar*. Valencia: Alfons el Magnanim.

Esping-Andersen, G. (2000) *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Barcelona: Ariel.

Falleti, T. (2006) "Una teoría secuencial de la descentralización: Argentina y Colombia en perspectiva comparada". *Desarrollo Económico*, 46(183): 317-51.

Filgueira, F. (1998) *Tipos de Welfare y Reformas Sociales en América Latina - Eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada*. Congreso LASA. Chicago.

Gasparini, L. & Cruces, G. (2010) *Las Asignaciones Universales por Hijo: Impacto, Discusión y Alternativas*. La Plata: Cedlas.

Gerencia de Estudios de la Seguridad Social (2010) *Análisis de la cobertura previsional del SIPA: protección, inclusión e igualdad*. Buenos Aires: ANSES.

González, M. L. (2003) "Transformaciones de hecho y de derecho en las relaciones laborales en los 90". En J. Lindenboim y C. Danani (Eds.), *Entre el trabajo y la política - Las reformas de las políticas sociales argentinas en perspectiva comparada*. Buenos Aires: Editorial Biblos: 89-103.

Goodin, R. E.; Headey, B.; Muffels, R. & Dirven, H. J. (1999) *The Real Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Cambridge University Press.

Gough, I., & Wood, G. (2004) *Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America*. New York: Cambridge University Press.

Hintze, S. (2007) *Políticas sociales argentinas en el cambio de siglo: conjeturas sobre lo posible*. Buenos Aires: Espacio.

INDEC (2012). Censo 2010. www.censo2010.indec.gov.ar/ Accesado el 28 de abril de 2012.

INDEC (Instituto nacional de estadísticas y censo), *Encuesta permanente de hogares*, Buenos Aires, varios años. En línea: http://www.indec.mecon.ar/principal.asp?id_tema=1395 Accesado el 28 de abril de 2012.

Isuani, E. A. (2010). “The Argentine Welfare State: Enduring and Resisting Change”. *International Journal of Social Welfare*, 19(1): 104–114.

Katz, J., y Muñoz, A. (1988). *Organización del sector salud. Pujá distributiva y equidad*. Buenos Aires: CEPAL.

Korpi, W. (2003). “Welfare-State Regress in Western Europe: Politics, Institutions, Globalization, and Europeanization”. *Annual Review of Sociology*, 29(1): 589–609.

Korpi, W., y Palme, J. (1998) “The Paradox of Redistribution and Strategies of Equality: Welfare State Institutions, Inequality, and Poverty in the Western Countries”. *American Sociological Review*, 63(5): 661–687.

Lindenboim, J. (2003) “El mercado de trabajo en la Argentina en la transición secular: cada vez menos y peores empleos”. En J. Lindenboim & C. Danani (Eds.), *Entre el trabajo y la política - Las reformas de las políticas sociales argentinas en perspectiva comparada*. Buenos Aires: Editorial Biblos.

Londoño, J. L., y Frenk, J. (1997). “Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America”. *Health Policy*, 41(1): 1–36.

Maceira, D. (2011). “Desafíos del sistema de salud argentino”. *Voces del Fénix*, (7): 60–7.

Ministerio de Economía de Argentina - Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales (2011) *Series de Gasto Público Consolidado por finalidad -función, 1980-2009*. http://www.mecon.gov.ar/peconomica/basehome/series_gasto.html Accesado el 28 de abril de 2012.

Ministerio de Salud (2006) *El programa Remediar. Gestión y resultados de un modelo innovador en APS*. Buenos Aires.

Moran, M. (2000) “Understanding the welfare state: the case of health care”. *British Journal of Politics and International Relations*, 2(2): 135-160.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (n.d.). *Estadísticas sanitarias mundiales*. En línea: <http://www.who.int/research/es/> Accesado el 28 de abril de 2012.

Palomino, H. (2007) “La instalación de un nuevo régimen de empleo en Argentina: de la precarización a la regulación”. *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo (RELET)*, 12(19): 121-144.

Pierson, P. (1996) “The New Politics of the Welfare State”. *World Politics*, 48(2): 143-179.

Sen, A. (1995) *Inequality Reexamined*. Oxford: Oxford University Press.

Sen, A. (1997) *On Economic Inequality*. Oxford, England: Clarendon Press.

Subirats, J., et al. (2004) *Pobreza y exclusión social: un análisis de la realidad española y europea*. Barcelona: Fundación la Caixa.

Veronelli, J. C., y Correch, M. V. (2004) *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina - Vol. II*. Buenos Aires: OPS.

Verspohl, I. (2010) *Health care reforms in Europe*. Conferencia 8th ESPAnet 2010. Budapest.

Wendt, C.; Frisina, L., y Rothgang, H. (2009) “Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison”. *Social Policy & Administration*, 43(1): 70-90.